

CMD Selbsttest

(Kurzfragebogen zur Risikoerkennung)

	Ja	Nein
1. Meinen Sie, dass Ihr Biss nicht stimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ist die Beweglichkeit Ihres Unterkiefers eingeschränkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Fallen Ihnen beim Kauen und/oder Öffnen und Schließen Ihres Mundes Knack- und Reibegeräusche auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pressen und/oder knirschen Sie mit den Zähnen, zum Beispiel nachts?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Reagieren Ihre Zähne auf Temperatur- und Druckunterschiede?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. „Wandern“ Ihre Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sind Ihre Zähne gelockert, leiden Sie an Zahnverlust/ Implantatverlust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Leiden Sie unter Schmerzen in der Kiefer-/ Ohrregion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Haben Sie Schmerzen in Ihrer Kaumuskulatur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ist Ihre Nacken-/ Schultermuskulatur häufig verspannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Leiden Sie unter Migräne/ regelmäßigen Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Leiden Sie unter Gesichtsschmerz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Leiden Sie unter regelmäßigen Ohrgeräuschen, Tinnitus, häufigem Schwindelgefühl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Haben Sie Probleme im Hals- und Lendenwirbelbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei den oben genannten Fragen handelt es sich um Hinweise aus der zahnärztlichen Praxis auf ein mögliches Vorhandensein einer Funktionsstörung in den Kiefergelenken, der Kaumuskulatur, des Zusammentreffens der Zähne und der Kopfgelenke (CMD).

Vor Versorgung mit Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen), vor kieferorthopädischen Behandlungen und vor einer Versorgung mit Implantaten ist eine funktionelle Voruntersuchung anzuraten, wenn eine oder mehrere der Fragen mit „Ja“ beantwortet werden.